120

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION : MÉDECINE

Soutenu le jeudi 13 décembre 1900.

Par M. AUBRY

Né à Ottawa (Canada), le 17 novembre 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

TORSION PÉDICULAIRE des KYSTES OVARIENS

Président : M. LE DENTU, professeur.
Juges : MM. RICHELOT, professeur.
POIRIER et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
L. BOYER
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION : MÉDECINE

Soutenue le jeudi 13 décembre 1900.

Par M. AUBRY

Né à Ottawa (Canada), le 17 novembre 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

TORSION PÉDICULAIRE des KYSTES OVARIENS

Président : M. LE DENTU, professeur.
Juges : MM. RICHELOT, professeur.
POIRIER et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS
L. BOYER
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
	GAUCHER.	
ACHARD.	GILLES DE LA TOURETTE.	ROGER.
ALBARRAN.	HEIM.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

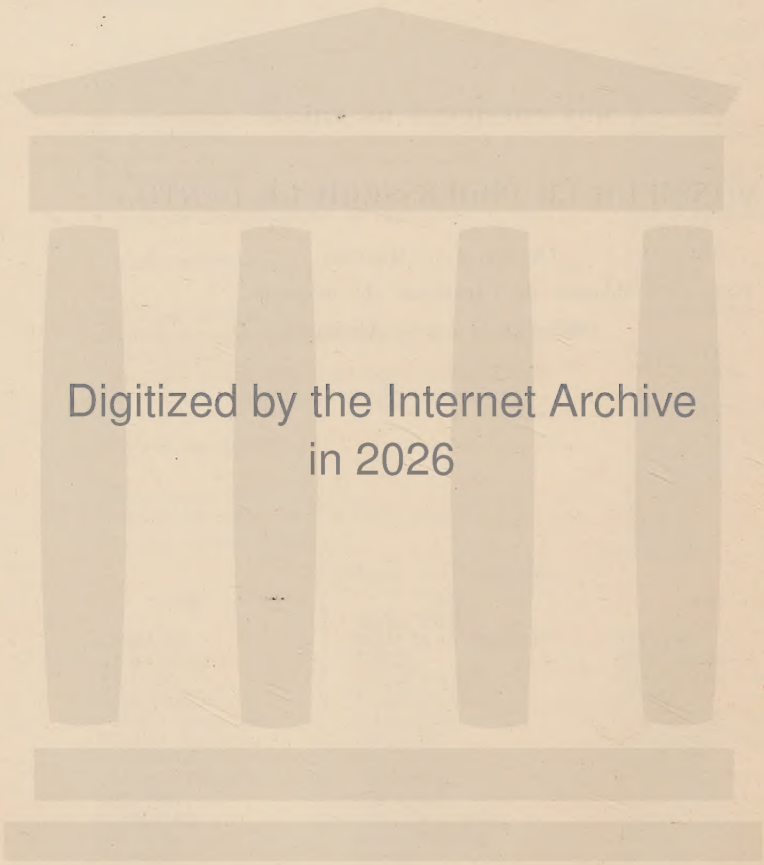
Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

120

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0041

AVANT-PROPOS

Remplaçant, en juin 1899, un confrère de province malade, j'eus l'occasion d'observer dans la clientèle, un cas très intéressant, qui pendant quelques jours, fut le sujet de discussions entre mon confrère et un médecin appelé en consultation. La malade présenta les différents signes des affections abdominales, au point qu'elle croyait elle-même avoir une appendicite et ressentait tous les symptômes qu'elle avait vus chez une de ses amies atteinte de cette maladie.

A première vue, on pouvait attribuer en effet ses souffrances à l'appendicite, car j'ai vu dans les hôpitaux et dans la clientèle beaucoup d'appendicites, et j'avoue que si je n'avais très bien connu la symptomatologie de l'appendicite, j'aurais hésité à porter un diagnostic autre que celui-là. M'appuyant sur l'absence de température, et n'ayant pas trouvé le signe dit Mac Burnez, les matières fécales suivant leur cours, j'éliminerai d'emblée l'appendicite, sans cependant

faire du premier coup un diagnostic ferme ; ce n'est qu'à ma deuxième visite, et en me basant sur des signes nouveaux qu'un moment d'accalmie chez la malade me permit de constater, que je posai le diagnostic de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, ce qui plus tard fut vérifié par M. Reclus, lorsqu'il pratiqua la laparotomie.

Je cherchais à cette époque un sujet de thèse ; en présence d'un cas qui me parut intéressant, je projetai d'étudier cette affection afin de contribuer à aider le médecin qui se trouve en face d'une affection dont les symptômes ont une similitude désespérante avec ceux des autres maladies du ventre.

Après avoir passé dix années de ma jeunesse en France, qui reste encore dans nos cœurs de canadiens français, notre vieille mère patrie, qu'il me soit permis au terme de mes études médicales d'exprimer toute mon affection au pays de mes ancêtres, et ma profonde reconnaissance aux maîtres auxquels je suis redevable de mon éducation médicale et chirurgicale.

Je prie le professeur Raymond qui voulut bien me faire profiter de son enseignement des maladies nerveuses,

M. Reclus, professeur agrégé, qui voulut bien m'honorer de sa sympathie et de ses conseils, et M. Faure pour ses bons principes.

M. le professeur Debove, qui fut si bienveillant pendant les années que j'eus le plaisir de passer à l'hôpital Beaujon,

MM. les professeurs Pinard et Varnier, qui ont tant

favorisé mon éducation dans l'art obstétrical, de vouloir bien recevoir ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je suis heureux d'offrir à mon ami M. Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan, tous mes remerciements empressés pour son amabilité en me procurant ses observations inédites.

Que M. le professeur Ledentu qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, veuille bien agréer mes sentiments de gratitude ainsi que mes respectueux hommages.

HISTOLOGIE

C'est en 1840 ou 1841 que Rokitansky décrivit pour la première fois les complications dues à la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. Le même auteur en 1865 fit son meilleur mémoire, les Allemands ont fait depuis plusieurs travaux sur ce sujet, notamment Van Buren en 1850.

En pratiquant l'ovariotomie chez une malade porteuse d'une tumeur de l'ovaire, ce dernier put expliquer la cause des accidents péritonéaux qu'il avait constatés chez sa malade. Dans les années qui suivent parurent, les chapitres de Olshausen (compendium de Bilroth et Lüche), Frenkel (archives de Wischow).

Les articles des Anglais et des Américains de l'Amérique du Nord firent avancer rapidement la question :

« Lawson Tait (*Traité des maladies des ovaires en 1879*), Spencer Wells, 1883, Thornton (*American*

journal of the médical Science, 1888), Costom (*Annales gynécologiques* de Boston, 1896) ».

En France les premières notions sur la torsion du pédicule sont dues à Vercontre (*Revue de médecine militaire*, 1879). Jusqu'à cette époque on avait bien vu tous les accidents occasionnés par la torsion pédiculaire d'un kyste ovarien, mais, la cause de ces accidents était restée ignorée, et les diagnostics n'avaient pu être portés, je ne crois pas trop m'avancer en disant que ce n'est qu'au travail de Terrillon publié dans la *Revue de chirurgie* de 1887, et à celui de M. le professeur Duplay dans le *Bulletin de chirurgie* de l'année 1881, que nous devons nos connaissances cliniques sur la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Les communications de Boursier au Congrès de chirurgie de 1892, de Briffin dans l'année de 1893, contribuèrent à éclairer le débat. J'ajouterai que plusieurs thèses ont été faites sur ce sujet, cependant je me permettrai de citer d'une façon spéciale celles de MM. Guichard, 1895, Seveno de Bordeaux, 1897, Kisseloff, 1897, Mouton, 1897, et Baron en 1899.

Je pourrais dire que cette affection qui a inspiré dans l'espace de quelques années tant de travaux remarquables est aujourd'hui une entité morbide, occupant une place spéciale dans la nosologie, et grâce aux moyens d'éducation que nous fit la Clinique, nous pouvons, je dirai presque toujours, avant de prendre

le bistouri faire un diagnostic ferme de l'affection, qui n'était autrefois qu'une trouvaille d'autopsie ou une surprise pendant l'ovariotomie.

ÉTIOLOGIE

Cette complication n'est pas très fréquente, Terrillon établit une moyenne de 6 o/o. Pour Thorton elle serait de 10,5 o/o. S. Wells ayant observé plus de vingt cas de torsion du pédicule déclare que cette torsion a pu passer inaperçue dans bon nombre de cas s'appuyant sur le grand nombre d'ovariotomies pratiquées par lui, il donne une proportion de 2 à 3 o/o. Elshausen sur 322 ovariotomies affirme l'avoir constaté vingt fois, ce qui donnerait 6,5 o/o. Schrœder sur 194 cas d'ovariotomies trouve 37 torsions du pédicule, ce qui fixerait la proportion la plus élevée de tous les auteurs cités. Cependant je ne puis passer sous silence la moyenne qu'affirme avoir trouvé Horvitz soit près de 25 o/o; cette moyenne élevée n'est pas pour nous étonner, si on songe que notre attention est appelée maintenant sur la fréquence de cette affection; la proportion devra augmenter du fait que nous saurons mieux reconnaître

les principaux symptômes de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

Généralement la torsion pédiculaire atteint 6 ou 7 o/o et cette proportion peut encore diminuer par la vulgarisation de l'ovariotomie, qui est pratiquée dès que le kyste est décelé, les ouvertures du ventre se font couramment, grâce à l'antisepsie et en opérant rapidement on enrayera les accidents que peuvent provoquer cette affection.

Le mécanisme de la torsion peut se comprendre de bien des manières : Pour que la torsion d'un pédicule de l'ovaire se produise, il faut que la tumeur et le pédicule présentent les conditions nécessaires. C'est dans la longueur du pédicule, sa grosseur, le volume et le poids de la tumeur qu'il faut rechercher les causes favorables à la torsion du pédicule du kyste ovarique.

Pour que le pédicule ait les conditions favorables à sa torsion, il faut qu'il soit long, grêle, il obéira plus facilement alors aux exigences de la tumeur par son élasticité. La tumeur fixée à l'extrémité d'un long pédicule sera plus libre, pourra prendre diverses positions suivant l'attitude et les différents mouvements du corps; les pressions exercées sur le ventre dans la palpation externe, la palpation bi manuelle peuvent produire la torsion ainsi qu'il arriva à un médecin dans l'observation n° 1 ; le médecin réveilla une nouvelle crise qui dura trois jours. Les mouvements imprimés à la tumeur par les alternatives de réplétion de déplétion de l'intestin et de la vessie (Rokistansky)

(L. Tait attache une grande importance à la réplétion et la déplétion du rectum, les expériences de Klob, de Vercoutre sur la réplétion et déplétion de la vessie et de l'intestin ont été pour eux concluantes.) Le développement d'une tumeur au voisinage du kyste, l'utérus en gestation comme le cas s'est produit dans l'observation recueillie par M. Delaunay, le chirurgien de l'hôpital Péan, Barnes, Sj. Wells, L. Tait ont publié des cas d'étranglement du kyste ovarique au cours d'une grossesse Bruzel rapporte le cas d'étranglement même dans le travail de l'accouchement. D'après Parizot, la saillie du promontoir opposant une résistance à la sortie du kyste du petit bassin pourrait le faire dévier et lui faire exécuter une rotation ; une double pression s'exerçant en deux points opposés de la surface sphéroïde du kyste, l'une antéro-inférieure due à la paroi abdominale, l'autre postéro-supérieure due au diaphragme et aux intestins forceraient la tumeur à exécuter un mouvement de rotation sur elle-même (Potherat). Quelle que soit la nature de la tumeur son influence paraît nulle dans la torsion du pédicule. L. Tait, le dit très bien, l'accident est survenu avec toute espèce de tumeurs. Qu'elle soit volumineuses ou petites, globulaires, multikystiques, régulières ou irrégulières, ovariennes, dermoïdes, fibreuses même ; pour que la torsion se fasse, il suffit que la tumeur soit mobile avec un pédicule rendant l'accident possible. Quoi qu'il en soit, toutes ces causes suffisent à déplacer la tumeur et lui faire exécuter un mouvement de torsion sur elle-même ; comme aussi les traumatismes, les

efforts violents faits pour soulever de lourds fardeaux, des changements trop brusques de position.

Je crois que la théorie de L. Tait est exagérée, car si vraiment, la réplétion et déplétion de la vessie et du rectum suffisaient à les produire, la torsion pédiculaire se verrait dans tous les kystes de l'ovaire et ceux-ci ne pourraient atteindre leur complet développement sans subir de rotation. Je pense donc avec le grand nombre des auteurs que le poids de la tumeur, son irrégularité, le mode de pédiculisation, son accroissement inégal sont des facteurs importants. il est facile de comprendre, que le développement plus prononcé sur une des faces de la tumeur puisse déplacer son centre de gravité, et la faire pivoter sur elle-même. D'ailleurs ne pourrait-on pas s'expliquer d'une autre manière la torsion du pédicule? Pourquoi ne pas appliquer à la tumeur dont le pédicule est long, grêle, élastique, la loi de l'accommodation ; le contenant contractile adaptant à ses propres formes et dimensions celle d'un contenu, même inerte, pourvu qu'il soit suffisamment résistant, Thoruton a remarqué que la torsion s'observe de préférence chez les femmes qui ont eu des enfants ; la tumeur durant la gestation a subi des déplacements de la part de l'utérus. Logée d'abord dans l'excavation pelvienne, elle s'est élevée au dessus du détroit supérieur, est jetée de côté et placée en arrière de l'utérus ; après l'accouchement elle exécute des mouvements en sens inverse, la tumeur offre ses grands diamètres au diamètre correspondant de la cavité abdominale, la paroi abdominale est distendue et la tumeur s'accom-

mode passivement par sa forme et par son poids aux dimensions de la cavité abdominale ; on comprend alors que c'est presque toujours chez des femmes arrivées à un certain âge et ayant eu des enfants que se font les torsions du pédicule du kyste de l'ovaire.

Comment s'expliquer les époques menstruelles comme une des causes de torsion ?

Plusieurs observations citées dans des travaux récents ont démontré que les règles ont apparu accompagnées de crises douloureuses ; telle l'observation de Mme A..., et le côté intéressant de cette malade, c'est en effet l'apparition des crises en même temps que la menstruation, et la disparition des douleurs avec les règles.

Thoruton rapporte dix-huit cas dont les crises douloureuses ont coïncidé avec les règles. La ponction d'un kyste paraît avoir aidé à l'éclosion des accidents ; ici il faudrait incriminer les adhérences entourant le pédicule et le comprimant, ou encore la traction des adhérences exerçant un tiraillement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ovaire tire son origine du feuillet mésodermique, il est formé de deux substances, dont la première est périphérique, blanche, homogène et fibreuse, qu'on est convenu d'appeler la substance corticale, l'autre occupe toute la partie centrale, elle est d'une coloration rougeâtre à cause des vaiseaux et des fibres musculaires qu'elle renferme ; on la désigne sous le nom de substance médullaire ; l'ovaire enfin est recouvert d'une couche de cellules épithéliales cylindriques, c'est le plus souvent aux dépens de cette couche que se forment les kystes de l'ovaire.

Une branche de l'artère utéro-ovarienne en pénétrant par le hile vient nourrir l'ovaire, elle se ramifie dans les substances médullaire et corticale, puis se rend aux ovisacs en un réseau capillaire ; de ce réseau naissent les veines qui passent dans la substance médullaire où elles forment un véritable plexus caverneux.

Les fibres nerveuses viennent du plexus ovarien. Les ovaires sont placés de chaque côté de l'utérus, dans l'aileron postérieur du ligament large, l'ovaire tient à l'utérus par le ligament ovarien d'une part, et par le ligament de la trompe de Fallope d'autre part.

Sa forme est celle d'une amande, chez l'enfant sa surface est lisse, elle est irrégulière chez la femme ; sa longueur est de 3 à 4 centimètres, sa hauteur de 2 centimètres et son épaisseur de 1 cent. 1/4.

Je ne m'attarderai pas davantage à la description anatomique de l'ovaire.

De l'opinion de M. le professeur Tillaux l'ovaire est le siège de prédilection pour le développement des kystes ; longtemps on a cru que les kystes de l'ovaire débutaient dans les vésicules de Graaf.

(Il n'est pas rare que l'on y rencontre des ovules). Cependant l'origine la plus fréquente serait la couche épithéliale qui revêt l'ovaire. Le désordre qu'engendre la torsion des kystes sont des troubles circulatoires profonds ; les veines du pédicule sont comprimées, la circulation veineuse est arrêtée et on observe des phénomènes de congestion intense, même des hémorragies rapidement mortelles. La gravité des accidents dépend toujours du degré de torsion du pédicule : Si la torsion supprime la circulation dans la tumeur, on peut observer le sphacele des parois kystiques ou encore la rupture du pédicule, le kyste devient alors libre dans la cavité abdominale.

Terrillon fait remarquer qu'à la suite de la torsion, il peut survenir de la thrombose des veines du ligament

large et que cette thrombose peut être le point de départ d'une phlébite des membres inférieurs.

Si l'étranglement est brusque les accidents atteignent la plus haute gravité, au contraire si l'étranglement se fait par petites poussées, lentement, les mêmes désordres sont possibles mais avec moins de probabilité. L'inflammation établit des adhérences plus ou moins étendues par où se fait plus tard la nutrition de la tumeur dans les cas de torsion complète du pédicule. C'est ainsi qu'est évitée la gangrène. Dans les kystes privés de leur pédicule qu'elles peuvent être les conséquences de la tumeur?

Trois choses peuvent arriver : l'atrophie, la survie du néoplasme qui contiuue son développement grâce aux vaisseaux contenus dans les adhérences organisées ; ou enfin, ce qui est le plus à redouter : le sphacèle.

Dans les annales de gynécologie du mois de mars 1887, Chalot a démontré que les adhérences qui servent de pédicule de substitution peuvent assurer la nutrition de la tumeur et qu'ils sont même susceptibles de subir des accidents de rupture et de torsion. Si par les adhérences, la constriction se fait parallèlement aux artères et veines, l'insuffisance de nutrition qui en résulte peut amener d'après Sp. Wells l'atrophie des tumeurs, la résorption de leur contenu ou bien encore leur dégénérescence crétacée. C'est ainsi que s'expliquèrent les cas de guérison spontanée qu'ont signalé Rokitansky, Turner et Léopold.

Les avis sur le sens de la rotation sont des plus

partagés, aussi me contenterai-je de les citer : Rokitansky rapporte que dans tous ses cas la torsion s'est produite de dedans en dehors, que la tumeur a porté sa moitié interne en avant en dehors, puis en arrière. Lawson Tait dit que chez tous ses malades la torsion était la même : pour Spencer Wells la rotation n'a pas toujours été identique : dans ses observations quelques tumeurs ont été trouvées vers la ligne médiane soit en dedans, soit en dehors. Assez souvent encore la rotation s'est faite obliquement en avant ou en arrière le nombre de tours est depuis un demi jusqu'à dix.

En réunissant les observations de tous ceux qui ont écrit sur le sujet on peut dire que les torsions les plus fréquentes sont de deux à trois tours.

La lésion du pédicule se manifeste par de la congestion caractérisée par une teinte rouge-foncé, ou par une teinte grisâtre couleur feuille morte, si la gangrène se déclare par suite de la constriction des vaisseaux, on constate de l'œdème avec exsudation séreuse qui peut augmenter le volume de la tumeur; de plus, tout près de la corne utérine, au point de torsion, on voit du tissu cicatriciel à la place des éléments sains.

Lésion du kyste : Quand la circulation du kyste est gênée, le liquide est teinté en rouge, le plus souvent il est d'un brun foncé couleur de chocolat, c'est qu'à son liquide clair s'est joint le sang des vaisseaux gorgés et rompus. Si, d'un autre côté la torsion est à un faible degré et que la circulation n'en soit nullement gênée, le liquide intra-kystique reste clair, il garde sa couleur normale,et les symptômes classiques

de la torsion font défaut généralement. D'autre part si la rotation du kyste est telle que la circulation est complètement arrêtée, les accidents graves surviennent ; la paroi du kyste prend une coloration ardoisée due au sphacèle, le pédicule peut se rompre. Nous avons déjà envisagé la conséquence de cette rupture ; c'est-à-dire le sphacèle ; nous avons dit que si des brides de tissu inflammatoire sont suffisamment pourvues de vaisseaux, le kyste peut vivre et continuer son développement, sinon, il est condamné à se ratatiner, se transformer et s'atrophier par répression. La complication la plus redoutable est le sphacèle qui est la terminaison la plus fréquente de la maladie.

La trompe, nous disent Rokitansky, Willigk, participe très souvent à la rotation, quelquefois l'utérus lui-même y prend part; Olshausen rapporte avoir vu l'intestin grêle, l'S illiaque (qui adhéraient par des fausses membranes anciennes à la tumeur), suivre le mouvement de rotation, s'enrouler et subir un véritable étranglement.

Dans les observations qui servent de base à mes recherches, la laparotomie pratiquée par MM. Reclus, Faure, Mauclair, montra que chaque fois qu'il y eut torsion au point de gêner la nutrition du kyste, le péritoine présenta une sérosité rosée, en même temps que des adhérences, adhérence entre le kyste et l'intestin (c'est ce qui explique comment une anse intestinale peut s'enrouler et s'étrangler); adhérence entre le kyste d'une part et la paroi abdominale ou l'épiploon d'autre part ; quelquefois

enfin une péritonite aiguë peut être constatée par suite de la rupture du kyste déterminant un épanchement de sang ou bien de liquide kystique dans le ventre : la péritonite diffuse éclate avec toute la gravité que nous lui connaissons.

C'est pourquoi je disais plus haut que la rotation et l'étranglement graduels sont moins graves, la torsion se ferait par poussées successives au moment de chaque période de crise, la suspension des phénomènes douloureux serait le résultat de l'accoutumance de la tumeur à une circulation amoindrie. Notre observation première plaide en faveur de cette hypothèse, la fixité de la tumeur, la nature des adhérences, la durée et la période des crises, prouvent que la circulation devenait de plus en plus difficile.

SYMPTOMES

Les accidents dûs à la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire débutent généralement d'une façon brusque ; la plupart des malades ignorent la présence de leur kyste, jusqu'au moment où les accidents apparaissent brusquement alors qu'aucun trouble abdominal antérieur n'existait. Voilà ce qui caractérise l'affection dont nous nous occupons. Tout à coup à la suite d'un effort, d'une fatigue, d'une chute, d'un traumatisme sur le ventre, quelquefois on pourrait même dire sans cause apparente au milieu de la nuit, en plein sommeil, la malade éprouve la sensation d'un corps qui se déplace dans son bas ventre, en même temps qu'une douleur vive localisée du côté droit de l'abdomen ; assez souvent elle est constatée à gauche. Cette douleur qui parfois arrache aux femmes des cris et provoque des crises syncopales, s'irradie dans tout l'abdomen, dans les reins et dans les cuisses. Dans la plupart des cas la douleur est accompagnée de nau-

sées, de vomissements alimentaires, puis bilieux; quelquefois on constate une constipation opiniâtre qui résiste souvent aux purgatifs. La malade parle d'une voix haletante, saccadée : la face est pâle, grippée, les sueurs l'inondent, la respiration est courte et rapide, elle prend le type costo-supérieur, le pouls est petit, filiforme ; on peut compter de cent à cent dix pulsations par minute. La température n'est pas élevée ou si elle monte c'est à un faible degré.

Le ventre, sur lequel on appelle immédiatement notre attention, est généralement tendre ; mais d'une façon irrégulière. On remarque souvent une voussure prédominant du côté où se trouve la tumeur, ce qui donne au ventre un aspect bilobé.

A la palpation on détermine une douleur diffuse, avec un maximum d'intensité en un point déterminé du bas-ventre dans la fosse iliaque entre l'épine du pubis et l'épine iliaque antérieure à 4 ou 5 centimètres de la ligne médiane, on y constate souvent un empâtement facilement perceptible.

Nouls, dans sa thèse inaugurale, dit avoir constaté deux fois des signes qu'il considère comme très importants ; c'est l'ondulation en masse de la tumeur synchrône à la pulsation artérielle et un souffle systolique au niveau du pédicule qui ressemble à un souffle fœtal.

En pratiquant l'exploration de la cavité pelvienne, on sent par le toucher digital combiné avec la palpation hypogastrique une tumeur de volume variable, située à gauche ou à droite de l'utérus, souvent fai-

sant corps avec lui ; quelquefois la tumeur siège du côté opposé à son pédicule ; le col de l'utérus n'offre rien de particulier, la matrice conserve ses dimensions normales et une certaine mobilité ; la tumeur est douloureuse à la pression, elle est lisse, résistante, mais je ne sache pas qu'on ait perçu une fluctuation bien nettement appréciable. Une malade peut passer par une série de crises dont la durée peut être de trois jours à une semaine, puis, tout rentrer dans l'ordre ; de nouvelles crises plus ou moins intenses reparaissent sous l'influence de causes inconnues. Dans l'observation n° 1, les crises apparaissaient avec les règles ou les précédaient d'un jour ou deux. Grâce à l'application de la glace sur le ventre, à des injections de chlorydrate de morphine, à des injections vaginales très chaudes (à 45°) la malade put après quelques jours de repos, reprendre ses occupations antérieures, jusqu'au jour où elle voulut consulter son médecin, qui détermina une nouvelle crise en pratiquant le palper combiné au toucher.

Si la circulation est complètement arrêtée par la torsion, et sauf le cas où le kyste aurait contracté des adhérences pour entretenir sa nutrition, il est destiné au sphacèle, et la péritonite se déclare si même elle ne l'est déjà par suite de la rupture du kyste ; la fièvre s'allume et monte de 37° à 40 et 41°, le pouls faiblit, sa fréquence peut aller à 110, à 140 ; le ventre est ballonné, tendu, sonore ; l'exploration devient impossible à cause de la douleur qu'elle détermine. Chose remarquable dans cette péritonite généralisée on ne trouve

pas de microbes Schröder, en 1880 : *Centrablatt für Gynécologie ;* Hartman et Marac, en 1894 : *Annales de Gynécologie* ; la fièvre est le résultat de produits irritants résorbés par la séreuse péritonéale, c'est pourquoi nous pouvons comparer cette fièvre à celle que Gangolphe et Courmont ont décrit sous le nom de fièvre consécutive aux grands traumatismes.

Il peut se faire que la circulation soit arrêtée dans les veines seulement, les artères continuant à apporter le sang et déterminant une hémorrhagie intra-kystique ou intra-pariétale ; la malade présente alors les symptômes de l'hémorrhagie interne. Le pouls est petit, les extrémités se refroidissent, les muqueuses sont pâles, puis survient la syncope qui peut être mortelle. Cependant la mort n'est pas toujours le terme final, assez souvent à la suite de cet accident, on constate les accidents précédents de la face en même temps qu'une faiblesse très grande, mais la malade survit.

Dans les cas où la circulation veineuse est seulement ralentie, aucun des signes graves ci-dessus mentionnés n'apparait, les phénomènes inflammatoires surviennent : il se fait une exsudation séreuse ou sanguine à l'intérieur et à l'extérieur du kyste ; c'est ainsi que se produisent les adhérences de la tumeur aux organes voisins. A la suite de ces péritonites adhésives, les malades se plaignent de douleurs sourdes que les mouvements, le toucher et le palper déterminent. L'amaigrissement, la faiblesse, l'apyrexie font penser à tout autre affection qu'à la torsion du pédicule.

Si l'on veut bien consulter toutes les observations dans lesquelles le diagnostic n'a été porté qu'après la laparotomie, on est forcé de reconnaître que dans bon nombre de cas, les signes sont restés impuissants à nous déceler l'affection ; c'est d'ailleurs l'avis de tous ceux qui ont étudié le sujet.

Souvent la torsion du pédicule ne s'est manifestée que par des symptômes bénins n'occasionnant que des douleurs passagères et mal déterminées, sans retentissement sur l'organisme ; aussi la cause de ces accidents a-t-elle échappé souvent et n'a-t-on pas songé à attribuer ces malaises à leur véritable cause.

DIAGNOSTIC

Le matin, vers les 3, 4 ou 5 heures, le plus souvent vous êtes appelé en toute hâte pour donner des soins à une femme qui souffre horriblement de douleurs abdominales. Elle vous raconte avec des phrases entrecoupées que la veille, au soir, elle s'était mise au lit comme d'habitude tout à fait bien portante, ayant passé la journée assise à faire de petits travaux de couture ; son déjeuner et son dîner se sont composés d'aliments légers, lorsqu'au matin, elle fut réveillée brusquement au milieu d'un rêve pénible par une douleur atroce s'étendant à tout l'abdomen. A première vue vous constatez que la malade est pâle, que son corps, sa face, sont inondés de sueurs, son pouls est petit, rapide, filiforme ; la respiration est haletante, bientôt apparaissent les vomissements muqueux d'abord, mais ne tardant pas à devenir verdâtres, bilieux ; le facies est grippé, la malade se plaint d'un côté du ventre, le plus souvent du droit ; la douleur est vive,

localisée à la région ovarique, puis s'étend rapidement à tout le ventre ; s'irradie aux reins, et dans la cuisse du côté correspondant ; menaces de syncope. La malade souffre, elle se roule sur son lit, elle cherche en vain une position permettant d'atténuer sa douleur. A quoi faut-il songer ? Les symptômes observés se trouvent dans toutes les maladies du ventre, l'appendicite, la péritonite, les étranglements, obstructions intestinales, métrite aiguë. C'est au palper et au toucher qu'il faut avoir recours pour éclairer le diagnostic.

A la palpation, on trouve le ventre ballonné, tendu, et d'une sensibilité extrême ; si on le peut il faut pratiquer le toucher bi-manuel, qui vous fait découvrir une tumeur volumineuse dans la région sous ombilicale, à contour mal limité, de consistance ferme et donnant soit une sensation de fluctuation profonde, soit une sensation de tumeur fibreuse. Le doigt introduit dans le vagin sent l'utérus normal ou volumineux accolé à une masse empâtée située dans le cul-de-sac droit ou gauche, suivant le côté où se trouve la tumeur ; l'examen est douloureux ; en faut-il davantage pour reconnaître l'affection ? Sûrement grâce à ces signes, on peut dire le plus souvent qu'on a affaire à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ; le contraire est l'exception.

L'affection débute brusquement sans que rien ait fait prévoir l'imminence des accidents. La malade ressent une sensation de déchirement, de déplacement d'un corps volumineux dans le bas ventre : la douleur s'irradie dans tout le ventre, dans les reins et vers la

partie interne de la cuisse, les vomissements apparaissent muqueux, puis bilieux, ils sont accompagnés des phénomènes généraux déjà décrits. L'élongation du kyste par des adhérences à sa partie supérieure, peut occasionner les accidents. Chalot, Pozzi, en ont cité des observations.

Avant d'attribuer les accidents observés à la torsion du pédicule, il faut penser à tous les accidents abdominaux à début rapide sans prodrômes : tels que l'appendicite perforante, péritonite par perforation, rupture de grossesse extra-utérine, occlusion intestinale. La situation ne laisse pas en effet d'être très souvent embarrassante et plus d'une fois on a vu de célèbres gynécologistes se fourvoyer.

L'on peut hésiter à attribuer les accidents soit à la rupture du kyste, soit à la torsion de son pédicule. Dans le premier cas, si la tumeur a été reconnue au préalable, on la trouve affaissée, et le début des accidents est moins brusque ; la réaction péritonéale est de beaucoup moins vive. Tandis que la torsion pédiculaire est brusque, à l'avance la tumeur ovarique, mobile jusqu'alors et progressant lentement sans douleur, devient subitement très douloureuse le matin, pendant la journée, le soir, à la suite d'un effort, d'un mouvement ou sans cause connue ; la tumeur augmente rapidement de volume, s'immobilise, s'accompagne de pâleur, de sueurs froides et de vomissements, on peut à coup sûr dire dans ce cas que l'étranglement est dû à la torsion.

Pour celui qui voit pour la première fois une ma-

lade en pleine crise et qui ignore la présence d'un kyste, les accidents présentent beaucoup de ressemblance avec ceux de l'étranglement interne où de l'hématocèle péri-utérine ou enfin de l'hydronéphrose.

Dans l'étranglement interne comme dans la torsion, le début est brusque, la douleur est subite, il existe des vomissements muqueux, mais au bout de peu de temps les vomissements augmentent de fréquence et deviennent fétides, noirâtres, fécaloïdes ; le ventre présente un ballonnement beaucoup plus considérable que dans la torsion, la constipation est absolue avec absence d'émission de gaz.

Avec l'hématocèle péri-utérine la confusion n'est possible que si la torsion se produit au moment des règles ce qui peut nous éclairer, c'est que l'hématocèle ne peut être délimité, que sa consistance élastique devient pâteuse et ligneuse; que souvent en pratiquant le palper combiné au toucher on constate de la crépitation.

M. Mauclair, professeur agrégé, fait dans la *semaine gynécologique* du 10 juillet 1900, l'histoire d'une malade atteinte d'hématocèle rétro-utérine offrant une grande similitude avec les symptômes de la torsion pédiculaire, c'est pourquoi je me permettrai de citer sommairement les principaux passages de son article.

La malade dont il s'agit ressentit le 9 mai 1898, brusquement une douleur violente étendue à tout l'abdomen, et cela, sans cause appréciable, la douleur fut telle qu'elle tomba dans un état syncopal, trouble de

la vue, refroidissement, pâleur, tous les signes de l'hémorrhagie interne.

En pratiquant le toucher vaginal, le cul de sac postérieur est bombé, proéminent dans le vagin, la saillie qui existe à ce niveau repousse l'utérus en avant et le col est légèrement porté vers la symphyse pubienne, les culs-de-sacs latéraux sont aussi douloureux à la pression et déformés par une masse qui se continue avec celle du cul de-sac postérieur, le col est un peu mou, son orifice paraît augmenté dans ses dimensions.

Par le palper abdominal on constate l'existence d'une large tuméfaction à limites peu régulières ; occupant la ligne médiane et remontant à moitié chemin entre l'ombilic et le pubis, le fond de l'utérus est à peine perceptible en combinant le palper au toucher vaginal, on constate l'existence d'une masse assez consistante très tendue au point que la fluctuation est douteuse l'utérus est enclavé dans toute la masse rétro-utérine.

La malade est très abattue, sa respiration est fréquente, son pouls est petit, régulier, un peu filiforme ; présente 100 pulsations par minute.

De cet ensemble nous pouvons reconnaître que les symptômes constatés chez cette malade ressemblent considérablement à ceux que nous avons décrits dans notre sujet. Il ne faut donc pas s'étonner si parfois il arrive de se tromper. Dans le diagnostic différentiel que nous aurons à faire dans l'une ou l'autre affection, surtout dans le kyste de l'ovaire à pédicule tordu, l'hémorrhagie se faisant dans la cavité kystique.

Il peut peut se faire assez souvent que le diagnostic n'est fait qu'avec l'incision exploratrice tel que, dans l'observation de M. Mauclair qui doit sous peu faire le sujet d'un travail.

Les signes cliniques des pédicules tordus offrent quelquefois si peu d'uniformité et sont parfois si obscurs que le diagnostic peut être considéré comme un problème difficile de la pathologie externe.

L'hydonéphrose qui succède à une colique néphrétique, ou une luxation du rein peut faire croire à une torsion d'un pédicule, mais ici la tumenr occupe la région lombaire, la douleur s'irradie vers les parties inférieures du bassin, gagne les organes génitaux ; le volume de la tumeur est variable, il augmente et diminue consécutivement à l'évacuation de l'urine qui est claire et limpide.

Dans les péritonites par perforation, la température initiale est généralement plus élevée, de 40°, 41° puis, d'emblée le ventre est tympanisé, ballonné dans toute son étendue.

La salpingite purulente peut ressembler à un kyste en raison de la quantité de liquide qu'elle peut renfermer ; elle peut s'accompagner de pelvi-péritonite avec fièvre, et de douleur ; une observation de M. Bouillie, citée dans la thèse de M. Baron, prouve combien dans certains cas le diagnostic différentiel est difficile, très souvent la question n'a pu être tranchée qu'au moment de l'intervention. L'histoire des organes génitaux de la femme, l'évolution toute différente de la salpingite, l'examen direct des organes environnant la

tumeur, et leurs rapports avec l'utérus, aideront à éclairer la situation.

Les fibromes sont comme les kystes de l'ovaire susceptibles de se tordre, on sait qu'il existe des fibromes pédiculés ; des observations ont été publiées qui démontrent la possibilité de cet accident ; or, des observateurs et des chirurgiens habiles ont été induits en erreur et ont cru à une torsion du pédicule ovarien. Ce sont les rapports exacts de la tumeur qui faciliteront le diagnostic entre les deux affections.

Rien n'est intéressant à lire comme les remarques de M. Lejars à propos d'une erreur de diagnostic que fit voir l'intervention pratiquée ultérieurement par Walter (Chirurgie d'urgence) : le diagnostic avait été de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Après avoir fait l'incision de la paroi abdominale on tombe sur une tumeur solide dans son ensemble et reliée à l'utérus par un pédicule de la grosseur de l'index et long de 3 1/2 centimètres environ ; le pédicule était tordu, d'un tour complet. C'était un fibrome utérin à pédicule tordu.

L'appendicite à forme brusque, débutant avec fracas, et phénomènes suraigus, douleur iliaque droite très vive, vomissements bilieux et porracés, facies grippé, pouls filiforme, 110, 130 ; température de 40° et même plus ; la palpation détermine de la sensibilité dans la région iliaque droite, empâtement diffus, dans cette région, mais limité au côté droit du ventre. On peut voir que ce début ressemble beaucoup à l'étranglement d'un kyste de l'ovaire cependant l'élévation

de la température avec le début de la crise, la présence du point sensible de Mac Burnett, le facies grippé, l'hypéresthésie de la peau abdominale entre l'épine iliaque antérieure et l'ombilic, la constipation opiniâtre, et l'absence d'une tumeur de la région avec concours bien limité, seront en faveur de l'appendicite ; celle-ci débute généralement d'une façon brusque ; mais les malades chez lesquelles cette affection se déclare ont éprouvé à une époque plus ou moins éloignée des symptômes dont la connaissance est d'une utilité précieuse pour le diagnostic ; en remontant dans l'histoire de la malade, on apprend que depuis des mois, des années celle-ci digère très mal, manque d'appétit et souffre après chaque repas ; elle est inccommodée par une constipation rebelle à toutes les médications.

L'invasion soudaine précédée d'une douleur abdominale, le facies grippé exprimant la souffrance, le pouls rapide et filiforme, la respiration costo-supérieure, son accélération sans élévation de température voilà ce qui caractérise la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Dans cette dernière affection, à la suite d'un effort, d'une grande fatigue, d'un traumatisme, quelquefois sans cause appréciable, la malade est prise tout à coup d'une douleur vive située le plus souvent du côté droit de la région iliaque ; douleur qui arrache des cris plaintifs et provoque des crises syncopales, s'irradie à tout l'abdomen, dans les reins et à la cuisse ; cette douleur est accompagnée de vomissements muqueux, alimentaires, puis bilieux ; la recherche

et la constatation d'une tumeur fluctuante ayant son point d'attache dans un des côtés du bas ventre et occupant l'espace entre le rectum et la vessie, il faut songer immédiatement à l'étranglement d'un kyste de l'ovaire par la torsion de son pédicule. On sera le plus souvent dans le vrai et l'ovariotomie viendra confirmer le diagnostic porté.

COMPLICATIONS

Un kyste de l'ovaire avec torsion de son pédicule ne saurait demeurer dans l'abdomen sans causer des altérations que nous allons énumérer rapidement.

Nous savons bien maintenant tous les accidents qu'entraîne la torsion pédiculaire, la péritonite aiguë, l'hémorrhagie interne, la péritonite chronique et la cachexie profonde qui s'ensuit. A ces graves complications, il ne faut pas oublier que d'autres non moins mortelles viennent s'ajouter, telles l'embolie pulmonaire et l'occlusion intestinale, nous en avons démontré le mécanisme au chapitre de l'anatomie pathologique.

L'embolie a son point de départ dans les veines du pédicule tordu, le caillot se dirige vers les veines du ligament large, s'engage dans la veine iliaque interne pour remonter au cœur droit et de là est lancé dans l'artère pulmonaire.

On peut expliquer l'occlusion intestinale par l'enroulement d'une anse intestinale autour du pédicule, par

adhérences établies entre les deux, avant la rotation du kyste, ou par des adhérences qu'une légère torsion aurait provoquées précédemment.

L'utérus gravide peut être gêné dans son développement, le kyste et la torsion de son pédicule seront tiraillés, entrainés par le mouvement progressif de l'utérus gravide, ce qui fatalement devra avoir une action néfaste sur la grossesse, et le kyste distendu est exposé à se rompre. Toutes ces raisons nous montrent les dangers de l'expectation, malgré les conditions spéciales causées par la puerpéralité l'intervention chirurgicale hâtive est souvent couronnée de succès.

TRAITEMENT

Dans toutes les torsions du pédicule de l'ovaire, quel que soit le degré de torsion, il faut invariablement pratiquer la laparotomie ; les accidents sont assez graves pour nécessiter l'intervention immédiate qui supprime leur cause. Je crois pouvoir affirmer qu'en ce cas les chirurgiens paraissent tous du même avis ; ne serait-ce que dans le but d'assurer un diagnostic resté jusqu'alors douteux. L'opération serait justifiable à présent que l'asepsie et l'antisepsie nous permettent d'ouvrir les ventres sans danger de contamination et d'inoculation de produits septiques.

Il faut reconnaître qu'il existe dans la science des cas de guérison sans intervention, mais c'est l'exception et le nombre en est si restreint, qu'il est moralement impossible de faire courir aux malades les plus grands dangers en espérant une guérison tout à fait exceptionnelle.

Si l'on consulte les statistiques des chirurgiens, on

trouve un très grand nombre de malades chez lesquels on ne se décida pas à intervenir et qui succombèrent. On n'aura jamais à regretter d'avoir opéré trop tôt, et les lésions que l'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours nos prévisions. Comme dit M. Lejars (Chirurgie d'Urgence) Rokitansky cite 58 morts causées par des kystes de l'ovaire, et 8 fois elle était imputable à la torsion du pédicule.

Ainsi la question d'urgence s'impose ; tout kyste de l'ovaire avec pédicule tordu doit nécessairement être opéré dès le diagnostic posé c'est le meilleur moyen de prévenir les graves accidents qui peuvent surgir, tels que l'hémorrhagie, la gangrène, la péritonite aiguë.

Si la torsion détermine une hémorrhagie grave, il n'y a pas à tergiverser, il faut immédiatement ouvrir le ventre, aller à la recherche de la tumeur, en évitant les intestins qui seront protégés par des compresses aseptiques et chaudes, trouver le pédicule, placer une pince languette, ou mieux une ligature, et extraire la tumeur.

L'opération faite aussitôt que possible donnera beaucoup de chances à la malade de se tirer d'affaire.

L'étranglement de la tumeur par arrêt de la circulation artérielle aura comme conséquence la gangrène, qui fatalement amènera l'inflammation du péritoine (cette péritonite est semblable aux péritonites aseptiques des traumatismes) ou même ce qui sera plus à craindre, l'éclosion d'une péritonite aiguë par rupture du kyste. Là encore c'est l'opération d'urgence : la

temporisation aboutirait à la mort fatale de la malade. Il ne faut pas que la présence d'une de ces complications arrête le chirurgien qui rendra service à la malade en faisant quand même l'opération.

Les cas bénins seront soumis aux mêmes règles ; elles éviteront aux malades de nouvelles crises, qui peuvent un beau jour déterminer une des complications que nous venons de mentionner.

Mais dans les cas où le danger n'est pas imminent, où des doutes sur le diagnostic persistent dans l'esprit du médecin ; dans ces cas, mieux vaut temporiser et appliquer le traitement palliatif : le repos dans le décubitus dorsal, glace sur le ventre, avec des injections de chlorhydrate de morphine, opérer après que les phénomènes inflammatoires ont disparu.

Ainsi en présence d'accidents graves se manifestant par des vomissements, élévation de température, avec pouls filiforme, mauvais état général, il ne faut pas attendre, dès qu'on a la notion d'une tumeur abdominale pouvant s'enflammer ou se rompre, ou se sphacéler, la laparotomie s'impose suivie d'ovariotomie.

Pour M. Hartman, l'indication est évidente, il faut ouvrir le ventre et enlever les organes malades.

M. Rechtsamer, dans les *Annales de gynécologie* 1899, s'exprime ainsi : une cause des plus fréquentes de l'avortement, c'est la torsion du pédicule du kyste. Celui-ci n'a aucune tendance à l'accroissement pendant la grossesse, mais en dehors de la torsion du pédicule, il est soumis assez souvent à la rupture et à la suppuration, la rupture et la torsion sont encore

plus fréquents pendant le travail que pendant la grossesse et la période puerpérale.

En raison de ces complications il est important de diagnostiquer de bonne heure le kyste de l'ovaire dans une grossesse et de songer au traitement le plus rationnel, c'est-à-dire à l'ovariotomie quelle que soit la grosseur du kyste.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Torsion du pédicule Adhérences peu nombreuses. Ovariotomie. Guérison.

Mme A..., âgée de trente-huit ans, d'apparence vigoureuse, grande et forte a toujours joui jusqu'à l'an dernier d'une excellente santé, ne présente aucun antécédent pathologique qui soit à noter, tant héréditaire que personnel. Le père est encore vivant, il est âgé de soixante-trois ans, plein d'activité et de santé. La mère est morte à l'âge de quarante-quatre ans des suites de l'albuminurie.

Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, depuis elle a toujours été bien réglée, mariée à vingt ans elle a eu deux enfants, bien portants, dont la dernière à quinze ans, l'aînée à dix huit ans. Toutes deux sont en parfaite santé, les deux grossesses ont été normales ainsi que les accouchements.

Le 16 juin 1899, à quatre heures du matin, sans que jamais rien à l'avance put faire prévoir son mal, elle fut prise subite-

ment d'une douleur intolérable dans la fosse iliaque droite se répercutant dans tout le ventre, dans les reins et s'irradiant le long de la surface interne de la cuisse correspondante. La figure, le corps étaient couverts de sueur, la face était grippée et pâle, le pouls battait à 110 pulsations, petit, filiforme. Sa respiration était accélérée, type costo supérieur; bientôt parurent des vomissements alimentaires, puis bilieux, le thermomètre étant appliqué au creux de l'aisselle n'a pas dépassé 37°7; les souffrances augmentant la malade eut une syncope. En l'absence de mon confrère je fus appelé en toute hâte pour donner mes soins. A première vue le cas me parut grave et me laissa perplexe. Il fallait agir et promptement. Pour me laisser le temps de réfléchir et pour pouvoir examiner la malade j'ordonnai une potion calmante, et des sinapismes sur le ventre. La douleur sembla se dissiper ce qui me permit de faire un examen complet. A première vue, le ventre ne présentait aucune voussure; par la palpation on déterminait de la douleur de sorte qu'il était presque impossible d'examiner la patiente. Ne sachant quel diagnostic porter je recommandai des applications de glace sur le ventre en y ajoutant des injections vaginales très chaudes à 45° avec une injection hypodermique de morphine. Peu de temps après la malade avait repris le dessus, la douleur moins vive, les vomissements avaient disparu, le cœur avait repris de la force et le nombre des pulsations était tombé à 80.

Je repris mon enquête. la malade s'était la veille couchée comme d'habitude à dix heures étant tout à fait bien portante. Elle s'endormit comme si rien n'était, lorsque le matin elle fut réveillée par cette affreuse douleur, elle souffrait déjà depuis trois quarts d'heure lorsque j'arrivai. Elle crut à une indigestion; quelques boissons digestives restèrent sans résultat. La

douleur du bas ventre augmentait lorsqu'on décida de m'envoyer chercher. Je me dispenserai de répéter l'histoire de la première partie de mon examen pour décrire ce que fit trouver l'examen manuel On constate facilement par la palpation une douleur qui s'avance jusque sur la ligne médiane, qu'elle déborde vers la gauche au point qu'elle semble faire corps avec la matrice, occupe la fosse iliaque droite, elle remonte à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic. On peut soulever la peau du ventre sans que la tumeur soit entraînée ; elle est donc indépendante de la paroi abdominale, elle est globuleuse et lisse, elle donne sous la main une sensation d'élasticité sans mobilité. Sa percussion est mate.

Par le toucher vaginal on rencontre le col qui n'est ni abaissé, ni dévié, il occupe sa place normale, l'utérus n'a pas bougé. Le cul de sac latéral droit est élargi, déprimé et occupé par une masse lisse et élastique qui est sûrement l'extrémité inférieure de la tumeur que nous venons de sentir en pratiquant le palper. Le cul de sac antérieur donne la même sensation, rien de bien appréciable dans le cul de sac postérieur si ce n'est la sensation trouvée au côté et en avant. La palpation bi-manuelle décèle une tumeur fluctuante qui a la grosseur de deux poings placée en avant et à droite de l'utérus entre sa face antérieure et la paroi abdominale ; les mouvements communiqués à la tumeur sont communs à l'utérus, la miction se faisant bien, je n'ai pas examiné la vessie.

D'après les renseignements donnés par la malade et ceux fournis par le palper et le toucher je conclus à un kyste de l'ovaire avec torsion de son pédicule. La glace sur le bas ventre, les injections chaudes furent continuées. Le soir, vers cinq heures, je pratiquai une injection hypodermique de 1 cen-

tigramme de chlorhydrate de morphine. La malade continua a aller mieux; pour la nuit, je prescrivis 1 gramme de sulfonal en cachet. Sa nuit fut bonne mais sans sommeil, la crise avait duré trois jours; il y eut un calme de deux jours puis survinrent deux jours de souffrance aiguë coïncidant avec le retour des époques menstruelles. Le 2 juillet, la malade put quitter le lit ne souffrant plus dans un état de faiblesse considérable.

Jusqu'au 2 août, tout allait passablement bien, lorsqu'à la suite d'un examen bi-manuel pratiqué par son médecin, elle fut reprise d'une nouvelle crise de souffrances qui eût à peu près les mêmes caractères que la première, douleur localisée dans le côté droit du bas ventre avec la sensation d'un corps qui se déplace; accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux. Pendant quatre jours la malade souffrit, puis vint un moment de calme qui dura trois jours. Une nouvelle reprise des souffrances survint. Cette fois Mme A .. quitte le lit le 15 août à peine remise de cette dernière attaque, pour aller, sur les indications de son médecin à Salies de Béarn. Pendant son séjour à Salies aucun incident ne s'est produit, la malade reprit des forces au point qu'elle put faire de longues excursions dans les pays environnants. La douleur ne reparut pas sous l'influence de ces exercices.

Un médecin consulté à ce moment put pratiquer le palper et le toucher sans déterminer de douleurs, la tumeur fut constatée et le diagnostic fut kyste de l'ovaire en reportant les crises douloureuses sur la torsion de son pédicule. Pendant son séjour à Salies de Béarn, la malade voulut profiter de la présence de M. Reclus en ces parages pour avoir son opinion de chirurgien. Ceci se passait vers le 20 septembre. Après son examen, M. Reclus confirma la diagnostic des médecins

qui avaient vu la malade en pleine période de crise. Il fit pressentir qu'il y avait lieu de faire une opération.

Une fois la malade rentrée dans son pays, elle eut une nouvelle crise aux environs du 7 octobre qui ne dura qu'une seule journée fut accompagné de souffrances terribles, et qui coïncidait avec l'époque de ses règles.

Dans les mois de novembre et décembre à chaque époque menstruelle elle eut de grandes souffrances d'une journée seulement. En dehors de ces règles la malade se portait assez bien souffrant d'après elle plus au moral qu'au physique ; néanmoins d'octobre à janvier elle avait remarqué que son ventre avait beaucoup grossi ; d'après elle il devait y avoir dans son kyste trois à quatre litres de liquide

Le 16 janvier, elle revint consulter M. Reclus qui déclara l'opération nécessaire et on prit rendez-vous pour le 18 du même mois.

Après anesthésie au chloroforme, ou pratique la laparotomie, on trouve une tumeur kystique d'une moyenne grosseur. On évacue le liquide qui est couleur chocolat et d'environ 1 litre 1/2. Le pédicule est tordu au 3/4 sur lui-même. L'opération est des plus simples.

Température 37°.

L'opérée rentre chez elle le vingt quatrième jour après l'opération.

Depuis ses forces sont revenues graduellement sans qu'elle n'ait jamais éprouvé la moindre souffrance depuis.

OBSERVATION II

(M le Professeur Boursier, agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Congrès de Chirurgie, 6e session. Paris 1892.)

Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Torsion du pédicule. Adhérences viscérales peu nombreuses. Ovariotomie. Guérison.

Marie G. cultivatrice 33 ans, d'aspect assez vigoureux, au teint hâlé, a toujours joui jusqu'à ces dernières années d'une excellente santé ; elle ne présente aucun antécédant pathologique notable, héréditaire on personnel. Réglée pour la première fois a quinze ans, elle a toujours eu des règles régulières, et elle n'a eu qu'un seul enfant il y a treize ans. Elle m'est adressée par mon ami le docteur Guignard (de Guitres) pour une tumeur qu'elle porte au niveau de la fosse iliaque droite.

Depuis la naissance de sa fille, elle aurait toujours un peu souffert du ventre ; mais depuis ces dernières années elle a eu une série de crises douloureuses, très vives qui l'ont forcée à s'arrêter et à appeler un médecin. C'est pour la première de ses crises, au mois de Mars 1889, qu'elle fit venir le docteur Guignard. Elle avait été prise brusquement. sans traumatisme ni cause appréciable, en dehors de ses règles, de douleurs très intenses, qui, après avoir débuté sur le côté

droit de l'hypogastre au dessus du pubis arrivent rapidement a occuper tout le bas ventre, en même temps survenaient des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux: la constipation était opiniâtre. Il n'y avait pas de fièvre. Ces phénomènes durèrent pendant deux jours et disparurent après le rétablissement des selles. Le médecin crut à une obstruction intestinale. C'est à ce moment qu'il constata pour la première fois l'existence d'une tumeur située à droite de l'utérus et du volume d'une grosse orange environ. Elle est arrondie, lisse, résistante et mobile.

La seconde crise douloureuse se produit environ un an plus tard au mois de mars 1890, elle a présenté absolument les mêmes caractères que la première ; mais a duré de 5 à 6 jours environ.

La troisième qui survint au mois de décembre 1890, fut plus violente et plus longue que les précédentes. Les douleurs, au lieu de rester localisées au bas-ventre, envahirent tout l'abdomen qui devint très ballonné ; les vomissements furent bilieux et même verdâtres : la constipation resta encore opiniâtre pendant les trois ou quatre premiers jours de la crise. Mais, en outre, il y eut une fièvre assez forte. En somme on trouve cette fois tous les signes de la péritonite.

Enfin la quatrième et dernière crise eut lieu au mois d'août 1891. Elle fut très nettement provoquée par un effort violent de la malade pour soulever un fardeau. Les phénomènes ont encore augmenté d'intensité et de durée : le ballonnement du ventre a été très considérable, les vomissements très abondants étaient devenus porracés ; la fièvre qui a toujours été sssez modérée a persisté longtemps, et les douleurs n'ont pas, comme dans les crises précédentes, disparu avec la ces-

sation de la constipation. D'ailleurs la malade a gardé le lit pendant près d'un mois.

Dans l'intervalle de ses crises, elle souffrait presque continuellement du ventre, mais ses souffrances étaient légères et ne l'empêchaient pas de se livrer à des travaux assez rudes.

Cependant, depuis sa dernière crise (août 1891) jusqu'au moment ou elle vient se présenter à nous (novembre) elle ne s'est pas tout à fait rétablie: elle a toujours souffert et n'a pu reprendre ses occupations.

Malgré ses douleurs, son aspect dénote un bon été général. Elle n'a pas maigri d'une manière notable et ne présente aucun trouble fonctionnel du côté de la vessie ni du système digestif; à peine un peu de constipation. Dans certains moments elle sent qu'elle a dans le côté droit une tumeur qui exécute quelques déplacements et ses mouvements sont douloureux, mais la douleur reste localisée un peu au dessus de la symphise pubienne et à droite de la ligne médiane.

C'est en ce point que l'on trouve très facilement par la palpation sans qu'elle produise une saillie visible, une tumeur qui s'avance jusqu'à la ligne médiane qu'elle déborde un peu vers la gauche. Elle est indépendante de la paroi abdaminale, arrondie, lisse, élastique et franchement résistante, elle est mobile surtout dans le sens transversal, peu sensible, mate à la percussion, et s'enfonce par son extrémité inférieure dans la profondeur du bassin.

Par le toucher vaginal, on rencontre un col un peu abaissé, regardant vers la droite, tansdis que le corps de l'utérus est repoussé un peu vers la gauche. Le cul-de-sac antéro latéral droit est élargi, déprimé et rempli par une masse arrondie, lisse et élastique, qui est manifestement la partie inférieure de la

tumeur sentie par l'abdomen. La palpation bi-manuelle montre dans cette tumeur une fluctuation évidente, celle-ci qui a environ le volume d'une tête de fœtus à terme, est située en avant et à droite de l'utérus, entre sa face antérieure et la paroi abdominal pelvienne. Les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquant pas à l'utérus, ainsi qu'il est facile de s'en apercevoir en pratiquant le cathétérisme utérin, la vessie est nettement repoussée à gauche ; la sonde, pour y pénétrer, se dirige en haut et à gauche, derrière la branche gauche du pubis.

Je porte le diagnostic de kyste de l'ovaire du côté droit, mais tout en étant frappé du petit volume relatif de ce kyste que je m'explique mal, et de la fréquence des crises douloureuses qu'il a provoquées, je ne songe nullement à l'existence d'une torsion du pédicule. Néanmoins, à cause de ces symptômes, je conseille à la malade d'entrer à l'hôpital pour y subir l'ovariotomie.

Le 23 novembre 1891, elle fut admise à l'hôpital Saint-André (salle 9), dans le service du professeur Demons, auquel je l'avais présentée et qui voulut bien, avec son amabilité ordinaire me confier le soin de l'opérer.

L'*opération* fut pratiquée le 27 novembre avec l'aide du chef de clinique et des élèves du service, et en présence du professeur Demons. A l'aide d'une incision de 8 à 10 centimètres, j'arrivai très facilement sur la tumeur qui est presque entièrement située à droite de la ligne médiane. La paroi du kyste est d'une coloration rouge assez foncé, très tendue et présente un certain nombre d'adhérences molles, faciles à déchirer avec la paroi abdominale. La ponction donne issue à près de

400 grammes d'un liquide épais sirupeux, noirâtre, couleur marc de café, manifestement hémorrhagique et sans odeur.

Il existe plusieurs adhérences, longues et vasculaires avec l'épiploon, et deux adhérences assez larges, et vasculaires aussi, avec deux anses de l'intestin grêle. Elles sont toutes sectionnées entre deux ligatures.

Au moment de l'extraction du kyste, nous nous apercevons qu'il est développé au dépens de l'ovaire gauche. Malgré sa situation à droite de la ligne médiane; de plus, en passant de gauche à droite au devant du corps de l'utérus, il a entraîné une légère rotation de cet organe en avant, en outre, le pédicule, assez court et comprenant la trompe, est tordu sur son axe; il a exécuté une rotation d'un tour et demi environ, il est petit, arrondi, friable et, sur la partie supérieure et antérieure, présente des plaques de couleur brunâtre, feuille morte, trace évidente d'un travail de sphacèle en voie d'évolution. Il est assez facilement lié, la ligature est placée de telle sorte que les parties altérées sont enlevées; sa surface de section est cautérisée au thermo cautère. La malade n'a pas perdu de sang; il n'y a pas besoin de faire de toilette du péritoine. Avant de refermer le ventre, nous examinons et enlevons l'ovaire du côté droit qui présente deux petits kystes, dont l'un était hématique.

Suture péritonéale au catgut et surjet—deux plans de suture au crin de Florence — l'un profond, comprenant les muscles et les aponévroses, l'autre superficiel, unissant les bords de la peau.

Pansement à la pâte de Solin et à l'iodoforme. Les suites furent très simples. Le pansement fut renouvelé deux fois, le

7 décembre et le 11 décembre. On enlève ce jour-là tous les points de suture, la réunion était complète.

La malade se leva le quinzième jour et quitta l'hôpital guérie le vingt-et-unième jour. Depuis, sa santé est restée parfaite. Le kyste enlevé avait des parois très épaisses et très congestionnées. Il était presque uniloculaire et, sur certains points de sa face interne, on pouvait voir une sorte de dégénérescence fibreuse, presque calcaire, fait signalé dans des cas analogues par plusieurs auteurs (Pozzi).

Cette observation se rapproche à plusieurs points de vue de celle de M^me^ A...

OBSERVATION III.

Anesthésie. Chloroforme.

Après incision de la paroi abdominale nous arrivons sur le péritoine difficilement reconnaissable et certainement adhérent à la tumeur sous-jacente. Nous l'incisons et nous pouvons avec le doigt décoller la séreuse de la tumeur dans une petite étendue seulement et nous respectons les adhérences, voulant profiter de leur existence pour évacuer la poche sans pénétration dans le péritoine. Nous donnons un coup de bistouri en pleine tumeur et du sang évidemment mélangé de sérosité s'écoule en abondance : lorsque la poche est vide nous commençons l'énucléation et en exerçant des tractions sur cette poche tandis que notre doigt décolle la tumeur, ses adhérences abondantes et serrées qu'elle a avec l'épiploon et l'intestin, nous avançons peu à peu, mais à un moment une poche secondaire de la tumeur se crève et si nous parvenons à faire écouler la plus grande quantité de sang à l'extérieur, il n'est pas moins vrai qu'une petite partie du liquide pénètre dans le péritoine. Nous continuons la décortication qui, en arrière, devient beaucoup plus délicate. Les adhérences avec les intestins sont plus serrées. Enfin nous dégageons complètement la tumeur, le pédicule est sous nos yeux et nous voyons qu'il a subi une torsion complète (un tour 1/2). Le pédicule était très étroit, nous le sectionnons et nous nous apprêtons à fermer l'abdomen

après avoir essuyé la cavité et enlevé les caillots qu'elle contient avec des éponges montées.

C'est alors que nous constatons sur un point du gros intestin une perte de substance moins large qu'une pièce de 50 centimes, perte de substance infondibiforme à base périphérique et à son sommet pénétrant dans la lumière de l'intestin. Une sonde cannelée, introduite dans l'orifice ne nous laisse aucun doute à ce sujet. Nous pratiquons alors deux points de sutures profondes; trois points de sutures superficielles et nous réduisons l'intestin dans le ventre.

Une suture à triple étage est pratiquée.

Sutures superficielles et pansement à la gaze iodoformée.

Quitte l'hôpital le 24 juillet 1893; quelques fils ont suppuré, ce qui a retardé la guérison complète et nécessité un pansement chaque jour.

Opération le 2 juillet. Anesthésie. Chloroforme.

Après incision de la paroi abdominale, nous arrivons sur le kyste de l'ovaire distendu. Il est ponctionné au trocart et du sang presque pur paraît s'écouler. Il est évident qu'une énorme hémorrhagie s'était produite dans l'intérieur de la poche et l'avait distendue. Rien ne fut plus facile alors que d'extraire la poche et d'arriver sur le pédicule. A peine existait-il une adhérence entre l'ovaire et une anse intestinale, encore céda-t-elle à la première traction. Selon nos prévisions il y avait une torsion du pédicule. Pour détordre le pédicule nous eumes à imprimer au kyste de l'ovaire cinq demi tours. Le pédicule fut lié par le nœud de l'artificier.

L'autre ovaire vérifié fut trouvé sain, une éponge montée enleva de la cavité abdominale une certaine quantité de liquide

séreux, dont l'exudat avait été sans doute occasionné par la torsion du pédicule.

Puis la paroi a été fermée par une suture à triple étage.

Durée de l'opération, 18 minutes.

Quitte l'hôpital le 19 juillet, guérie.

OBSERVATION IV (inédite) de M. Reclus.

Kyste de l'ovaire. Torsion du pédicule.

Mère, 83 ans, bien portante ; père, mort à 33 ans, tuberculose ; réglée à 18 ans ; mariée à 22 ans ; quatre enfants. Couches toujours normales.

Hernie ombilicale datant d'une vingtaine d'années Hernie inguinale étranglée, il y a 4 ans. Kélotomie dans le service de M. Polaillon.

La malade ne s'était jamais aperçue d'une tumeur dans son abdomen, mais elle éprouvait depuis longtemps des sensations étranges, quelques douleurs vagues, de la pesanteur du côté de son petit bassin.

Bien réglée jusqu'à 45 ans, les règles non douloureuses. Jamais de pertes blanches.

Le 1er janvier 1895, à 2 heures du matin, la malade fut prise de douleurs brusques dans le ventre avec vomissements ; ballonnement du ventre.

Cet état dura deux jours, puis disparut spontanément.

Depuis ce temps elle était très bien portante et vaquait à ses occupations.

Le lundi 3 juin, les mêmes douleurs reprennent la malade à 8 heures du matin brusquement et s'accompagnent de vomissements glaireux, mais pas de ballonnement du ventre comme les autres fois. Arrêt des matières et des gaz depuis le matin.

Elle entre à la Pitié, le même jour à 1 heure après-midi.

Examen à l'entrée :

Ce qui frappe d'abord à l'examen de l'abdomen c'est la présence d'une hernie ombilicale assez volumineuse mais non douloureuse et facilement réductible. Le ventre n'est pas ballonné, la palpation est facile et non douloureuse sauf en un point sur la cicatrice de kélotomie ancienne. Du reste c'est en point que la malade rapporte toutes ses douleurs.

Cependant la cicatrice est solide et il n'y a dans la région aucune trace de hernie qui aurait récidivé et se serait étranglée, cette hypothèse est donc rejetée, du reste le pouls et la température étaient normales.

Par la palpation abdominale et le toucher vaginal combinés, on sent une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une tête de fœtus occupant le côté gauche du petit bassin et bombant assez fortement dans le cul-de-sac vaginal gauche, cette tumeur qui ne peut être qu'un kyste de l'ovaire n'est nullement douloureuse.

L'intervention est décidée et la laparotomie est pratiquée le surlendemain le 5 juin.

Suite régulière. Réunion par première intention.

Sortie le 3 juillet dans un état excellent.

OBSERVATION V (inédite) de M. Reclus.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Kyste dermoïde à pédicule tordu.

Réglée à 18 ans régulièrement.

Il y a un an la malade a commencé à souffrir au moment des règles devenues très peu abondantes.

Elle a vu en même temps son ventre grossir du côté droit d'abord au point de ne plus pouvoir attacher ses jupes.

Elle se plaignait de douleurs lombaires et de douleurs abdominales au moment des règles.

Brusquement le 17 août elle est prise de douleurs abdominales violentes, avec fièvre, vomissements, on l'apporte à l'hôpital.

Le ventre est tendu, douloureux, elle vomit, le pouls est rapide. Température 39°.

Opération, 25 août 1900. — Après anesthésie au chloroforme on pratique la laparotomie; on trouve un kyste dermoïde de l'ovaire avec pédicule tordu deux fois sur lui-même, l'opération est des plus simples. Température 37°.

OBSERVATION VI

Kyste pauciloculaire volumineux de l'ovaire gauche. Torsion légère du pédicule. Ovariotamie.

Mademoiselle de L... 19 ans, très mince, grande, bien portante, ne présente aucun antécédent pathologique digne d'être noté. Sa mère est morte, il y a près d'un an, d'accidents d'obstruction intestinale. Elle est l'aînée de huit enfants tous en bonne santé.

La maladie actuelle parait avoir débuté au mois de mars 1891 ; à partir de cette époque, sans cause apparente, sans douleurs et sans aucun trouble de sa santé générale, elle a vu son ventre se développer graduellement mais d'une façon très lente presque insensible. Cet accroissement a continué dans les mêmes conditions pendant le printemps et l'été de 1891 sans provoquer d'autres phénomènes que des douleurs a forme névralgique, intermittentes, mais parfois assez vives dans la région antérieure de la cuisse gauche. Il n'y a jamais eu aucun trouble fonctionnel ni du côté des voies urinaires ni du côté du système digestif, l'appétit est resté bon, les règles très régulières comme elles l'avaient toujours été depuis leur apparition.

Aux environs de Noël 1891, sans l'intervention d'aucune cause connue et sans qu'il soit survenu aucune douleur, le développement du ventre prit tout d'un coup une marche beau-

coup plus rapide et son volume atteignit en moins d'un mois son degré actuel. La famille effrayée fit venir son médecin habituel, le docteur Lévrier, d'Aire-sur-Adour, ce dernier ayant reconnu l'existence d'un kyste de l'ovaire, conseilla à la malade de venir à Bordeaux chez un de ses parents. C'est là, que je la vis pour la première fois le 9 février, appelé par le médecin de la famille, mon excellent ami le Docteur Arnozan.

A mon premier examen, je trouve le ventre très proéminent, arrondi, saillant en avant, tendu et lisse, mais peu sensible au toucher. La palpitation ne permet de reconnaître aucune tumeur à cause de la tension des parois, assez exagérée pour produire un peu de gêne respiratoire.

A la percussion, matité totale ou à peu près. C'est à peine si l'on arrive à découvrir dans les flancs, presqu'en arrière un peu de sonorité intestinale. Cette sonorité est plus marquée dans le flanc gauche, à peine perceptible à droite. Dans tout le ventre on trouve une fluctuation très nette très superficielle et s'étendant à toute la région abdominale.

J'examine les organes pelviens par le toucher rectal, l'utérus est dévié vers la gauche, tandis que le col est dévié sur la ligne médiane. Toute la partie droite du bassin est remplie par une masse lisse, arrondie, résistante, qui paraît être la partie inférieure du kyste volumineux qui remplit toute la cavité abdominale.

Désireux d'étudier plus facilement cette tumeur, j'en pratique la ponction le 11 février avec l'aide du docteur Arnozan. Le trocart est enfoncé au niveau du flanc droit où la matité est plus complète qu'à gauche et nous retirons un peu plus de sept litrès d'un liquide épais, filant, sirupeux ; rouge foncé, manifestement hémorrhagique, ce liquide, analysé par notre

collègue le professeur agrégé Denigès, présente tous les caractères des liquides de kystes ovariques.

Après la ponction, le ventre est tout à fait revenu sur lui-même. Toute la moitié gauche est devenue sonore. La moitié droite est toujours un peu mate, et nous trouvons le kyste ratatiné, couché dans la fosse iliaque droite. On peut saisir en ce point une partie solide arrondie, a peu près d'un volume du poing, ayant l'aspect d'un corps ovoïde peu mobile. La ponction ne provoque aucune réaction ; une ceinture de flanelle exerce une compression douce sur le ventre.

L'augmentation subite et rapide de la tumeur à partir de la Noël, l'aspect hémorrhagique du liquide, sans aucun motif valable d'hémorrhagie intra-kystique, me font porter le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule ; d'un autre côté, la situation déviée de l'utérus, analogue à celle de la première observation, et la persistance des douleurs dans la cuisse gauche ; alors que le kyste est surtout à droite me portent à penser qu'il s'agit encore d'une tumeur primitivement développée dans l'ovaire gauche, bien que je n'ose affirmer cette seconde partie du diagnostic.

Dans les jours qui ont suivi la ponction, le liquide s'est un peu reproduit, et la masse dure trouvée dans la fosse iliaque s'éleva peu à peu en se rapprochant de l'ombilic. L'ovariotomie est décidée, mais comme les règles sont imminentes, il est convenu qu'elle n'aura lieu qu'après la terminaison de la période menstruelle. La malade retourne à Aire et quelques jours après son retour, elle sent tout d'un coup un mouvement brusque dans le ventre et s'aperçoit que la masse dure qui était située à droite de l'ombilic a subitement passé dans la moitié gauche de l'abdomen.

Ce fait, qui n'a provoqué aucune douleur a été constaté aussitôt par le docteur Lévrier. Les règles ont retardé de quelques jours et n'ont apparu que dans les premiers jours de mars.

Le 16 mars, Marie de L..., revient à Bordeaux pour se faire opérer.

Le 21 mars je pratique l'ovariotomie à la maison de santé de Longchamp avec l'aide des docteurs Arnozau, Eug. Monod, et E. Delmas. Depuis la ponction, le ventre a beaucoup grossi, il a presque repris son volume primitif, il est très tendre, on ne perçoit plus les contours de la tumeur, la fluctuation est totale.

La malade est chloroformée facilement et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, je procède à l'opération. Une incision médiane de dix centimètres environ me conduit rapidement sur le kyste dont la paroi a l'aspect blanc, nacré ordinaire ; une ponction avec le trocart de Riberlé permet d'évacuer 3 kilogr. 250 gr. d'un liquide épais, brunâtre, encore hématique, mais contenant beaucoup moins de sang que celui qui avait été évacué par ponction.

Il n'y a aucune adhérence, ni pariétale, ni viscérale. La tumeur presque vidée par la ponction est facilement attirée au dehors à l'exception de la masse dure, solide que nous avions constatée après la première ponction et que nous trouvons située en haut et à gauche. Cette masse est formée par une agglomération de kystes secondaires.

Une ponction de leur cavité laisse écouler environ 200 grammes d'un liquide d'aspect gélatineux, blanchâtre, légèrement opalin, et tout à fait différent de celui qui était contenu dans la poche principale.

Le kyste est bien, comme je l'avais supposé, développé aux dépens de l'ovaire gauche, son pédicule très large, en nappe, et comprenant la trompe très développée dans son bord inférieur, est tordu sur lui-même: il a exécuté environ un demi tour de sphère, son bord supérieur contient de volumineux vaisseaux, l'utérus est tordu sur son axe, sa corne gauche regarde en avant.

Enfin, au voisinage du pédicule, il existe une adhérence solide et étendue avec le péritoine pelvien gauche. Cette adhérence semble continuer le pédicule. Celui-ci est lié par une double ligature à chaine avec du gros catgut n° 4 l'adhérence isolée est liée à part. Les surfaces de section sont cautérisées au thermo-cautère. Il n'y a pas besoin de procéder à la toilette du péritoine. Le ventre est fermé par trois étages de sutures comme dans l'observation précédente. Pansement à l'iodoforme. L'opération a duré une heure dix minutes. La tumeur qui pesait liquide et solide 4 kilogr. 360 grammes est formée d'un grand kyste à parois épaisses, fibreuses qui contenait le liquide hémorrhagique, et d'une masse aréolaire, dont les cavités multiples étaient remplies par un liquide gélatineux, transparent et opalin. L'hémorrhagie intra-kystique ne s'est produite que dans la poche principale dont elle a dû rapidement accroître le volume.

Les suites de l'opération ont été très simples. Dans la nuit qui a suivi l'intervention, la malade a eu quelques vomissements causés par le chloroforme et, le lendemain, la température est montée à 38° 6. Dès le surlendemain la fièvre avait disparu. Il y a eu un léger écoulement sanguin vaginal du deuxième au sixième jour.

Le 1er avril, premier pansement. Tous les points de suture

sont enlevés ; la réunion est complète. La malade s'est levée le quatorzième jour. Elle a quitté la maison de santé le dix-huitième jour, et est repartie pour son pays le vingt-sixième complètement guérie.

OBSERVATION VII (inédite, de M. Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan).

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.

Mme Desjardins Alphonsine, née à Paris le 6 octobre 1853, âgée de 46 ans, mariée. Profession : marchande de vins.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 33 ans de tuberculose pulmonaire. Mère morte à 53 ans de phtysie galopante.

Antécédents personnels. — Enfance maladive, gourme, adénites cervicales jusqu'à 7 ans.

Réglée à 13 ans et 1/2. Menstruation assez facile, règles non douloureuses, régulières avec une avance de deux à trois jours, peu abondantes. Les règles n'ont pas notablement changé de caractère depuis le début de leur établissement jusqu'à présent.

1876. — Mariée à 22 ans. Règles un peu plus abondantes que par le passé, non douloureuses, régulières.

1877. — Erysipèle de la face à quatre mois de grossesse, premier accouchement à terme, garçon encore bien portant, pas de modification dans les règles.

1879. — 2e accouchement, garçon à terme encore vivant, les règles sont revenues comme par le passé.

1882. — 3e accouchement à terme. Fille encore bien portante, règles comme par le passé, régulières d'abondance moyenne sans douleurs.

Angine peu grave en 1882, au commencement de la grossesse, pas d'autres enfants, pas de fausses couches, jamais de pertes blanches.

La malade souffre de l'estomac depuis 1877, digestions pénibles, en 1897 saison à Pougues, coliques nephrétiques avec sable dans les urines de temps en temps depuis trois ans. En 1898 saison à Martigny. Scarlatine d'avril à juin 1898.

Histoire de la maladie. — La malade ne s'est jamais aperçue de l'existence de sa tumeur, ce n'est qu'incidemment à la suite d'une crise de coliques nephrétiques le 27 février 1899, que M. le docteur Delaunay a découvert la tumeur. A aucun moment la malade n'a vu de modifications dans ses règles toujours régulières, d'abondance moyenne, d'une durée de quatre jours, non douloureuses. Pas de pertes entre les règles.

En 1898 seulement, un seul mois pendant sa saison à Martigny, la malade a perdu pendant quinze jours consécutivement mais en très petite quantité ; depuis les règles sont revenues chaque mois avec leur caractère habituel. Dernières règles du 5 au 9 mars 1899.

Examen local. — Abdomen un peu volumineux couvert de verjetures à parois assez épaisses, peu dépressibles ; à la percussion du ventre matité s'étendant depuis le pubis jusqu'à trois doigts au dessus de l'ombilic. Latéralement cette matité s'entend à dix centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane mais avec une légère prédominence à gauche.

A la palpation directement sous la paroi on sent une tumeur volumineuse, arrondie, s'étendant comme l'indique la percussion à trois travers de doigts au dessus de l'ombilic, ne remplissant pas complètement les fosses iliaques. Cette tumeur

est dure, un peu mobile, légèrement douloureuse à la pression.

Toucher vaginal et bi-manuel. — Vagin assez large, sans cystocèle ni rectocèle.

Le col utérin est irrégulier, tandis que la lèvre postérieure déchiquetée existe à peine, l'antérieure est très volumineuse, arrondie, épaisse, mais de consistance normale Orifice normal.

Rien d'anormal dans le cul-de-sac postérieur, le droit et gauche sont libres, mais le droit est plus large que le gauche à cause d'une certaine déviation du col à gauche.

Cul-de-sac antérieur. — On sent par le palper bi-manuel, une tumeur volumineuse, arrondie, dure, mobile avec l'utérus de bas en haut et de haut en bas; située assez haut en grande partie dans la cavité abdominale, un peu douloureuse au toucher.

Opération le 16 mars 1899. — Incision médiane de l'abdomen depuis le pubis à un doigt au-dessus de l'ombilic. On divise tous les plans couche par couche, dès que la cavité abdominale est ouverte on aperçoit de très nombreuses adhérences gris rougeâtre, assez lâches qui relient la tumeur au péritoine pariétal. Après libération des adhérences la tumeur apparaît avec une couleur rouge, lie de vin on constate que le diagnostic porté est exact. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire. Ponction du kyste, qu'on vide avec la pompe. Il en sort un liquide couleur lie de vin en quantité de 2 litres environ.

Avec le bout de l'index on déchire les adhérences qui relient la poche de toutes parts aux intestins et à l'épiploon mais qui sont assez lâches, on arrive ainsi sur le pédicule, ce dernier est tordu. Ligature du pédicule avec un fil de soie double, section, ablation de la poche kystique.

Suture du péritoine avec un surjet de catgut. Tube de verre pour drainage, suture des aponévroses et des muscles avec un surjet de catgut. Badigeonnage à l'eau phéniquée, fil de soie de soutien, sutures de la peau aux crins de florence.

Examen de la poche kystique. — Rien de particulier, épaisseur de 4 à 5 millimètres, pas de dégénérescence ni de cloison.

Pansement. — Réunion par première intention. Sortie complètement guérie le 22 août 1899.

OBSERVATION VIII (Inédite, de M. le Dr Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Mme Bouvrot, âgée de 31 ans, mariée. Profession : Restaurateur.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère vivante en bonne santé. Quatre sœurs et deux frères morts, cinq en bas âge, une à l'âge de 25 ans de broncho-pneumonie. Un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Enfance maladive, constitution très délicate.

Réglée à 16 ans 1/2, menstruation pénible au début, une fois établie, les règles sont régulières, peu abondantes, sans douleur, pas de perte dans l'intervalle.

Mariée à 22 ans. Pas de troubles dans la menstruation, santé satisfaisante.

Onze mois après le mariage 1er accouchement à terme, dans de bonnes conditions, suites normales après l'accouchement; les règles se sont rétablies régulières sans douleurs, ni pertes dans l'intervalle

Il y a un an 2e accouchement. L'enfant est né vivant mais a succombé presqu'aussitôt La grossesse et l'accouchement avaient été très pénibles.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans sans cause apparente la malade est prises d'épistaxis violent, très difficilement

arrêté en même temps que l'état général s'affaissait considérablement, depuis lors, elle est restée très anémiée, très faible, en même temps que ses troubles apparaissent quelques légères douleurs dans le bas ventre. La menstruation reste régulière, pas de pertes. Il y a deux ans, survient la 2e grossesse. Celle-ci a été extrêmement pénible, la malade très affaiblie et albuminurique a été obligée de s'aliter presque continuellement. L'accouchement très difficile n'a eu pour résultat qu'un enfant mort presqu'aussitôt. Les règles se sont rétablies, irrégulières. Depuis un an elle avance ou retarde indifféremment, elles sont accompagnées de douleurs violentes. Dans l'intervalle pas de pertes mais la malade se plaint de crises douloureuses dans la région des annexes.

Le ventre est resté gros depuis le dernier accouchement et son volume est encore augmenté depuis deux ou trois mois. Constipation assez intense.

Examen de la malade. — Inspection, ventre augmenté de volume, peau normale, souple, pas de circulation collatérale. Percussion, matité dans toute la région sous-ombilicale jusqu'au pubis et transversalement à quatre travers de doigt environ de la ligne médiane, au dessus de l'ombilic, sur une hauteur de trois travers de doigt sub-matité. Au dessus et dans le flanc sonorité. La percussion n'est nullement influencée par le changement de position de la malade.

Palpation. — Ventre rempli par une masse arrondie, globuleuse, du volume d'une tête d'adulte. Cette masse sur laquelle la peau est absolument mobile semble lisse sauf en avant, dans une petite zone péri-ombilicale, où l'on sent deux ou trois petites masses faisant saillie à la surface externe de la tumeur et semblant surajoutées.

La tumeur est absolument mobile et semble indépendante de l'utérus et pédiculée.

Fluctuation très nette dans toute la masse, sensation de flot facilement perçu. Le liquide ne subit pas de déplacement dans les changements de position de la malade.

Toucher vaginal. Culs-de-sac latéraux et postérieurs normaux. Col à orifice déchiqueté regarde en arrière.

Cul-de-sac antérieur, élargi à paroi refoulée en avant par une masse faisant saillie et qui est en continuation directe avec la masse abdominale. Par le palper et le toucher combinés la tumeur est totalement indépendante de l'utérus, sensation de fluctuation nette perçue par le doigt.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire probablement pédiculé.

Laparotomie. — Incision de la peau, des muscles, du péritoine et en même temps de la poche du kyste. Il jaillit un flot de liquide chocolat clair. La poche kystique est attirée au dehors, elle se vide totalement. La face supérieure du kyste était libre et absolument lisse, la moitié inférieure a contracté de nombreuses adhérences épiploïques, qui sont pincées et coupées. On arrive au pédicule, celui-ci du diamètre du doigt est nettement tordu, il décrit trois ou quatre tours de spire. La trompe accolée au kyste a subi ce mouvement de torsion.

Ligature et section du pédicule. Ablation de la poche, ligature des adhérences pincées.

Suture totale au crin et à la soie La malade quitte l'hôpital guérie le 9 novembre.

OBSERVATION IX (Inédite, de M. le docteur Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu primitivement diagnostiqué fibrome kystique.

Mme Boivin, âgée de 61 ans 1/2, mariée; profession: cultivateur vigneronne.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 31 ans d'une maladie d'estomac. Mère morte à 75 ans paralytique.

Antécédent collatéral. — Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Très bonne santé habituelle, réglée à 17 ans, mariée à 20 ans. Grossesse à 23 ans. Accouchement normal. Rien de particulier à noter dans la suite.

Début. — La malade, à l'âge de trente-trois ans, s'aperçut de l'existence d'une tumeur à droite du bas ventre qui grossissait très lentement sans déterminer de douleurs ni de pertes.

Il y a dix ans la malade se plaignait déjà d'une douleur s'irradiant dans les jambes. La tumeur était alors très volumineuse. Se décidant à consulter Péan, qui lui enleva un petit polype mais différa l'ablation de la tumeur.

La malade ayant atteint l'âge de la ménopause (52 ans) vit sa tumeur diminuer spontanément de volume. Il y a sept ans, la tumeur augmenta de nouveau de volume, assez rapidement. La malade continua cependant à travailler jusqu'à ces derniers temps.

Elle eut, il y a deux ans, des pertes blanches. L'état général est très satisfaisant, mais elle se plaint de constipation.

A l'examen objectif, le ventre est énorme, comme dans le cas de grossesse gémillaire, très proéminent en avant. La cicatrice ombilicale est effacée. Sur les côtés de la tumeur dans les flancs on constate une circulation collatérale.

Palpation. — La tumeur est dure, un peu élastique et rénitente dans la région gauche particulièrement. On sent des bosselures arrondies dont quelques unes sont moins dures que d'autres. La tumeur est déplaçable en masse, surtout litéralement.

Percussion — Toute la tumeur est mate. Elle est entourée d'une zone de sonorité.

Toucher. — Le col est petit, on sent à peine l'orifice, il est mobile. Si on mobilise la tumeur on entraîne le col. La tumeur ne semble pas occuper les culs de-sacs qui paraissent libres.

Opération. — Incision abdominale de 18 centimètres. La peau, les muscles, le péritoine sont incisé couche par couche. La tumeur apparaît formée par une poche grise injectée de sang. Elle est immédiatement reconnue pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Une incision de la poche permet au liquide de s'écouler librement à mesure que la tumeur se vide, elle est amenée au dehors au moyen de pinces à kystes. Le pédicule est enserré dans trois grandes pinces à mors denté et l'on procède à la ligature du pédicule avec des fils de grosse soie.

Le pédicule tordu sur lui-même présente une large surface de section qui par son côté interne adhère tellement à l'utérus qu'il est très difficile de l'en séparer ; M. Delaunay à ce mo-

ment prend le parti de pratiquer l'hytérectomie abdominale totale.

Un tube en verre est laissé comme drainage entre les sutures profondes, moyennes et superficielles.

Pansement iodoformé maintenu avec de la ouate et de la tarlatane en spica double.

Pièce anatomique. — Kyste uniloculaire contenant 12 litres de liquide couleur chocolat. La paroi est épaisse et inégale, son aspect est fibreux. On constate quelques adhérences pour vascularisées ; l'utérus enlevé dans l'opération est gros mais d'apparence normale .

Le 24 novembre la malade sortit absolument guérie.

CONCLUSIONS

La torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire est un accident assez fréquent, surtout depuis que notre attention est attirée sur ce sujet. La moyenne établie par les auteurs sera de 6 à 7 pour cent. Sans trop admettre cette moyenne, il faut reconnaître qu'elle augmentera ou diminuera selon qu'on pratiquera l'ovariotomie dans un délai plus ou moins rapproché ou éloigné.

La torsion du pédicule sera plus apte à se produire si le pédicule est élastique et long. Le volume, la grosseur moyenne de la tumeur seront des conditions nécessaires à la rotation. Son développement irrégulier, inégal, les adhérences persistantes, la menstruation, l'état gravide de l'utérus, tumeur des deux ovaires et la nature de la tumeur étranglée seront des facteurs presque toujours reconnus ; soit dans la torsion pédiculaire, soit dans la rupture du kyste.

Ce qui caractérise l'anatomie pathologique des torsions graduelles, lentes ou brusques, c'est l'oblitération des veines, puis des artères, la compression des nerfs, par suite la tumeur est congestionnée et aug-

mentée de volume avec présence ou absence d'adhérences, la péritonite partielle ou diffuse par rupture du kyste et l'hémorrhagie intra ou extra kystique.

La symptomatologie de la torsion lente est si peu marquée que la torsion n'est souvent connue qu'en pratiquant la laparotomie. La torsion brusque se manifeste par une douleur primitive, aiguë, localisée dans un des côtés du bas-ventre ; accompagnée des symptômes généraux alarmants. La menstruation est rarement troublée.

La vie de la malade est souvent en danger, on peut dire que le pronostic est toujours grave. la terminaison serait presque toujours la mort dans un délai variable suivant les complications qui surviendraient si le chirurgien n'intervenait pas, car l'atrophie de la tumeur est exceptionnelle dans l'étranglement kystique. Chez les femmes enceintes le danger augmente, il est encore plus grand pendant le travail.

Une fois que l'examen aura décelé une tumeur de l'ovaire et diagnostiqué la torsion du pédicule il faut immédiatement opérer, l'ovariotomie s'impose, elle est urgente.

Si l'accident se produit avec un utérus gravide, l'ovariotomie n'en est que plus compliquée mais l'intervention est encore plus justifiable.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1851. *Van Buren.* — New-York journal, march., 1851.

1855. *Parturban.* — Arch. gén. de méd., 1855.

1861. *Turner.* — Edimbourg, Méd. Journ.

1865. *Rokitansky.* — Zutschr. der K. K. Gesellsch der Aertze, Vienne, 1865.

1877. *Thornton.* — Méd. Time and gaz. London, 1877.

1878. — Américc. Journ. of the med. sciences, 1878.

1879. *Vercontre.* — Recueil de mém. de méd. mil., 3e serv.

1881. *Duplay* — Bull. mém. soc. chir. Paris, 1881.

— *Tait.* — Tausacent of the obstet., soc. London, 1881.

— *Hache.* — Bull. soc. chir.. 1881.

1882. *Sp. Wells.* — Ovarian and intérine tumors, 1882.

1886. *Parizot.* — Thèse de Paris, 1886.

Heurteaux. — Bull. soc. chir., 1886.

1887. *Terrillon.* — Revue de chirurgie 1887.

— Bull. soc. chir., 1891.

1888. *Scharwtz.* — Bull. soc. obst et gynéc., 1888.

1890. *Monts.* — Thèse de Paris.

Cunio et *Bitter.* — Berlin. Klin. Wach,, 10 nov.

Pozzi. — Annales de gynécologie, avril 1890.

1891. *Curio*. — Centralblatt für gynécolog. Men.

Kustner. — Centralb. für gynac. M. 11.

Duplay. — Gazette des hôpitaux.

Baudron. — Société anatomique. p. 240.

1892. *Boursier*. — Congrès français de chirurgie.

Dsirene. — Annales de gynécologie.

1893. *Boiffin*. — Archives provinciales de chirurgie, t. II, p. 568.

Bachmann. — Corresp. Blatt. für. Schweiz. Aertze, 1er art.

Aug. Lawrence. Bristisch. médical journal, septembre.

1894. *Condamin*. — Lyon médical.

Simpson. — Edimb. méd. journ.

1895. *Guichard*. — Thèse de Lyon.

Colin. — Bourgogne médicale.

Reymond. — Société anatomique, juin.

1896. *Binaud* et *Chavanaz*. — Journ. méd. Bordeaux, 15 mars.

Guene Cusulon. — Annales of. Gynécology de Boston, t. II.

Binaut. — Journal de médecine de Paris, 22 nov.

Mangin. — La gynécologie.

Mermet. — Société anat., mars 1896.

Dujardin. — Thèse de Lille.

Guisuppe. — Coen-Revista d'ostétrica gynécologia et pacdiatrica, octobre 1896.

1897. *Mouthon*. — Thèse de Paris.

Seveno. — Thèse de Bordeaux.

Kissaloff. — Thèse de Paris.

Béjouin et *Fieux*. — Soc. d'obst. et de gynéc. de Bordeaux, 14 nov. 1897.

Tixier. — Lyon médical, 11 juillet.

1898. *Bénard*. — Thèse de Paris.

Boursier. — Soc. d'obst. et de gynéc. de Bordeaux, 8 février 1898.

Finay. — Thèse de Lyon.

Potherat. — La gynécologie.

Bégonin et *Fieux*. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales, janvier 1898, Bordeaux.

Baron. — Thèse de Paris, 1898.

Jordan. — British méd., 2 avril 1898.

1899. *Lejars*. — Chirurgie d'urgence.

Herbeaux. — Soc. anat. clinique de Lille, 17 mai 1899.

1909. *Ozeune*. — Semaine gynécol, 17 juillet 1900, obst.

Mounier. — Journal de médec., 3 juin 1900, obs.

Harwood. — Union médical du Canada, août 1900, obs.

Paris. — L. Boyer, Imprimerie de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine